Załącznik nr 16 do Zarządzenia nr 19 Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku z dnia 18.12.2019 r.

w sprawie ustalenia wniosków, które będą obowiązywały od 2020 r. w dziale pieczy zastępczej w PCPR Rybnik



**PROGRAM USAMODZIELNIENIA**

Wychowanek :

..................................................................................................................................................

Opiekun usamodzielnienia :

.......................................................................................................................................................

.................................................dnia.............................

**INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA**

DANE O WYCHOWANKU

Nazwisko............................................

Imię .................................................... Nr telefonu/email[[1]](#footnote-1) ……………………………………

………………………………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia ..............................................................................................................

Adres zamieszkania ( obecny ) ....................................................................................................

Adres zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej.................................................

.....................................................................................................................................................

Okres pobytu w pieczy zastępczej ..............................................................................................

Planowane miejsce osiedlenia się wychowanka .........................................................................

Źródło utrzymania wychowanka .......................................................wysokość ..........................

DANE RODZICÓW WYCHOWANKA

Matka .........................................................................................................................................

Ojciec ..........................................................................................................................................

Adres zamieszkania rodziców biologicznych ............................................................................

Matka ..........................................................................................................................................

Ojciec ..........................................................................................................................................

Sytuacja życiowa, dochodowa rodziców biologicznych

Matka ...........................................................................................................................................

Ojciec ..........................................................................................................................................

OPIEKUN USAMODZIELNIENIA

Imię i Nazwisko............................................................................................................................

Adres zamieszkania ......................................................................................................................

Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia.........................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**SPOSÓB UZYSKANIA WYKSZTAŁCENIA LUB KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH, POMOCY W UZYSKANIU ODPOWIEDNICH WARUNKÓW MIESZKANIOWYCH ORAZ PODJĘCIE ZATRUDNIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania do realizacji | **Sposoby, formy i data realizacji** | |
| W zakresie  uzyskania  wykształcenia  kwalifikacji | **Rodzaj szkół** | **Data** |
| **1. Szkoły ukończone**  ................................................................................................................  ................................................................................................................  ................................................................................................................ | .................  .................  ................. |
| **2. Kontynuacja nauki**  ................................................................................................................  ................................................................................................................  ................................................................................................................ | ................  .................  ................. |
| **3. Planowane szkoły do realizacji**  ................................................................................................................  ................................................................................................................  ................................................................................................................ | ................  .................  ................. |
| **4. Szkolenia, kursy, przygotowanie zawodowe**  ................................................................................................................  ................................................................................................................ | .................  ................ |
| W zakresie podjęcia zatrudnienia | **5. Planowany czas podjęcia zatrudnienia**  ................................................................................................................  ................................................................................................................  ................................................................................................................ | ................  ................  ................. |
| W zakresie uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych | **6. Planowane miejsce zamieszkania**  ................................................................................................................  ................................................................................................................  ................................................................................................................ | .................  .................  ................. |
| W zakresie pomocy na kontynuowanie nauki | **7. Planowany okres kontynuowania nauki**  ................................................................................................................  ...............................................................................................................  ................................................................................................................ | .................  .................  ................. |
| W zakresie pomocy na zagospodarowanie | **8. Planowany okres ubiegania się o pomoc na zagospodarowanie**  ................................................................................................................ | ................. |
| W zakresie pomocy na usamodzielnienie | **9. Planowany okres ubiegania się o pomoc na usamodzielnienie**  ................................................................................................................ | ................. |
|  | **10. Tytuł ubezpieczenia zdrowotnego (po uzyskaniu pełnoletności)**  ................................................................................................................ | ................. |

**Zobowiązuję się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia.**

**.........................................**

wychowanek

Opiekun usamodzielnienia Kierownik/Dyrektor PCPR/MOPS

**.......................................... ........................................................**

**INFORMACJA**

Zgodnie z art. 140 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011r. :

„Osobie opuszczającej, po osiągnięciu pełnoletności, rodzinę zastępczą, rodzinny dom dziecka, placówkę opiekuńczo-wychowawczą lub regionalną placówkę opiekuńczo-terapeutyczną, zwanej dalej „osobą usamodzielnianą”, w przypadku gdy umieszczenie w pieczy zastępczej nastąpiło na podstawie orzeczenia sądu:

1. przyznaje się pomoc na:
2. kontynuowanie nauki,
3. usamodzielnienie,
4. zagospodarowanie;
5. udziela się pomocy w uzyskaniu:
6. odpowiednich warunków mieszkaniowych,
7. zatrudnienia.
8. zapewnia się pomoc prawną i psychologiczną.”

Zgodnie z art. 77 ust. 3 pkt. 6 powyższej ustawy pełnoletni wychowankowie rodzinnych form pieczy zastępczej mogą się ubiegać o wsparcie koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej.

Na podstawie art. 46Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku świadczy poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne osobom i rodzinom, które przeżywają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód.

Informuję, iż zapoznałem/łam się z przysługującymi mi prawami.

……………………………… ………………………………

Data Podpis

Imię, Nazwisko i adres osoby usamodzielnianej Rybnik, .............................

..........................................................................

..........................................................................

………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że po osiągnięciu pełnoletności zamierzam/nie zamierzam\* pozostać w rodzinie zastępczej/placówce opiekuńczo-wychowawczej do dnia …………………………………………….

…………………………………………..

podpis wychowanka

Wyrażam zgodę na pozostanie wychowanki/a w rodzinie zastępczej/placówce opiekuńczo-wychowawczej po osiągnięciu pełnoletniości do dnia …………………………………………….

………………………………………………….

podpis rodziny zastępczej/Dyrektora placówki

\*niepotrzebne skreślić

Imię, Nazwisko i adres osoby usamodzielnianej Rybnik, .............................

..........................................................................

..........................................................................

………………………………………………..

**WYZNACZENIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Oświadczam, że na opiekuna usamodzielnienia wyznaczam …………………………………

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………

podpis wychowanka

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla ............................................................................. będącego wychowankiem/wychowanką placówki opiekuńczo-wychowawczej/rodziny zastępczej\*.

………………………………

podpis opiekuna usamodzielnienia

\*niepotrzebne skreślić

1. Podanie danych nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt [↑](#footnote-ref-1)